



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Estilos de vida en pacientes del programa de  
hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara  
Butterfield**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Cardiológica

**AUTOR**

Juana Marisol CÁCERES PLASENCIA

**ASESOR**

Luisa Hortensia RIVAS DÍAZ DE CABRERA

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Cáceres J. Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2016.

---



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : CÁCERES PLASENCIA JUANA MARISOL

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES DEL  
PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL I CARLOS  
ALCÁNTARA BUTTERFIELD.

ESPECIALIDAD : ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA

Lima, 26 de julio de 2016

Señor Doctor  
SERGIO GERARDO RONCEROS MEDRANO  
Director de la Unidad de Post-Grado  
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA ha examinado  
el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con  
nota de:

DIECISIETE (17)



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD DE POST GRADO

Lic. Esp. JUANA CUBA SANCHO  
Programa de Segunda Especialización en Enfermería  
Coordinadora



MG. FABIOLA QUIROZ VASQUEZ

Mary

**ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL I CARLOS  
ALCÁNTARA BUTTERFIELD**

**A DIOS TODOPODEROSO**

*Gracias por tu amor infinito, por bendecir cada uno de los días de mi vida.*

*A mis padres y hermanos por su apoyo constante en el logro de mi meta.*

*Mi agradecimiento a los directivos del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield por su apoyo y colaboración en la realización del presente estudio*

***A la Mg. Luisa Rivas Díaz por brindarme su tiempo, motivación y enseñanzas para la culminación del presente trabajo de investigación.***

## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INDICE DE GRAFICOS</b>	v
<b>RESUMEN</b>	vi
<b>PRESENTACION</b>	1
 <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Situación problemática	4
1.2. Formulación del Problema	11
1.3. Justificación	11
1.4. Objetivos	13
1.5. Propósito	13
 <b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes	15
2.2. Base Teórica	21
2.3. Definición Operacional de Términos	35
 <b>CAPÍTULO III. METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación	36
3.2. Lugar y área de estudio	36
3.3. Población de estudio	37
3.4. Unidad de análisis	37
3.5. Criterios de Selección	38
3.6. Técnicas e Instrumento de recolección de datos	38
3.7. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información	39
3.8. Aspectos éticos de la investigación	39
 <b>CAPÍTULO IV: RESULTADO Y DISCUSIÓN</b>	
4.1. Resultados y discusión	40
 <b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Conclusiones	56
5.2. Recomendaciones	57
5.3. Limitaciones	57
 <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	58
<b>ANEXOS</b>	

## INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO Nº		PÁG.
1.	Estilos de vida de los 45 pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital Carlos Alcántara Butterfield Abril-Julio 2014 Lima-Perú	41
2.	Estilos de Vida con Respecto a los Hábitos Alimenticios en los 45 Pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital Carlos Alcántara Butterfield Abril-Julio 2014 Lima-Perú	45
3.	Estilos de Vida con Respecto a la Actividad Física que Realizan los 45 Pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital Carlos Alcántara Butterfield Abril- Julio 2014 Lima-Perú	50



## **RESUMEN**

**AUTORA: CÁCERES PLASENCIA MARISOL**

**ASESORA: MG. LUISA RIVAS DÍAZ**

La presente investigación de tipo descriptivo de corte transversal se realizó como objetivo Determinar el estilos de vida del pacientes del programa de Hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara- 2014 entre los meses de abril – julio 2014, la muestra estuvo conformada por 45 pacientes que pertenecen del programa de hipertensión arterial, los datos fueron recolectados a través de un formulario tipo cuestionario sobre alimentación y actividad física, los resultados se presentan en gráficos se concluye que el 71 por ciento de los pacientes refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29 por ciento estilos de vida saludables. Los estilos de vida con respecto a los hábitos alimenticios, el 93 por ciento consumen pollo tres veces por semana, el 80 por ciento consumen agua diariamente, el 78 por cientos consumen verduras diariamente, 62 por ciento consumen frutas diariamente, el 51 por ciento consumen huevos tres veces por semana, sin embargo el 93 por ciento consumen sal más en 3 alimentos al día, el 89 por ciento preparan alimentos guisados. El 73 por ciento de los pacientes realizan actividad física y caminatas diariamente, y el 71 por ciento realizan caminatas mínimo 30 minutos diarios.

**Palabras clave: Estilos de Vida - Paciente Hipertenso**

## **ABSTRACT**

**AUTHOR: CACERES PLASENCIA MARISOL**

**ADVISORY: MG. LUISA RIVAS DIAZ**

The objective was to determine the lifestyles of patients Hypertension Program of Carlos Alcántara Hospital. Material and method comprising: application level, quantitative type and method simple descriptive, univariate, prospective study of transverse section, Description of Study Area: Hospital Carlos Alcantara B, City are patients program Hypertension and Displays type of sampling being 30% probability, the technique is interview, the instrument is a standard questionnaire form, Plan Pick processing and presentation of data, ethical considerations. Results show 71% of patients in the hypertension program of the Hospital Carlos Alcántara have unhealthy life styles and 29% healthy lifestyles, Conclusions

Surveyed 45 patients who make 100%, the vast majority are 32 of them that make 71% had unhealthy life styles and the remaining 13 for a total of 29% have healthy lifestyles.

**Keywords: Patients, Hypertension, lifestyles**

## **PRESENTACIÓN**

La Organización Mundial de la Salud define a los estilos de vida como el conjunto de actividades, actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.

Es de suma importancia identificar los Estilos de vida de los pacientes del programa de Hipertensión Arterial, por tratarse de una enfermedad crónica que requiere de modificaciones en los hábitos de vida, en busca de estilos de vida saludables que permitan mejorar la salud de los pacientes, familia y comunidad.

El NationalHeart, Lung, and Blood Institute de Estados Unidos calcula que 50% de hipertensos no saben que padecen esta enfermedad. Una vez que surge, el paciente debe someterse a mediciones frecuentes de la presión sanguínea, ya que la hipertensión es un trastorno que dura toda la vida.

Entre las funciones importantes que realiza la enfermera además del cuidado integral del paciente es el desarrollo de la investigación como una forma de dar respuesta a los problemas relevantes de su quehacer profesional, permite ampliar los conocimientos contribuyendo a mejorar la salud de las personas, dando a conocer al individuo, familia y comunidad como los estilos de vida saludables que contribuyen a mantener la salud de los individuos, con mayor razón en los pacientes hipertensos.

El presente estudio sobre “Estilos de vida en pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital Carlos Alcántara- Abril-Julio 2014 como objetivo general tenemos: Determinar estilos de vida de pacientes del programa de Hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara, como objetivos específicos: Identificar Hábitos Alimenticios en Pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital Carlos Alcántara Butterfield, otro de los objetivos es: Identificar Actividad Física en Pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital Carlos Alcántara Butterfield.

Con el propósito de contribuir en bien de la salud de los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield, dando a conocer los resultados de dicha investigación al Director de dicha Institución, Jefatura de Enfermería y personal de Enfermería a cargo de dicho programa, brindando una información valida y confiable , los cuales permiten realizar nuevas investigaciones, favoreciendo así a la creación de nuevas estrategias como: talleres, programas educativos que permitan fortalecer la información sobre estilos de vida saludables como alimentación saludable y actividad física, con el fin de mantener la salud del paciente hipertenso.

La investigación comprende Capítulo I: Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema, Formulación del Problema, Justificación, Objetivos, Propósito, Marco teórico que incluye: Antecedentes del Estudio, Base Teórica, Aspectos Teórico Conceptuales sobre Hipertensión Arterial, luego tenemos Hipótesis, Definición Operacional de Términos, Operacionalización de variable. Capítulo II Material y Método que comprende: Nivel, Tipo y Método de estudio, descripción del Área de Estudio, Población y Muestra, Técnica e Instrumento, Plan

de Recojo Procesamiento y Presentación de datos, Consideraciones Éticas. El capítulo III comprende: Resultados y discusión, en donde incluye presentación, análisis e interpretación de datos. En el capítulo IV tenemos: Conclusiones, Recomendaciones, Limitaciones y finalmente tenemos referencias, bibliografía y anexos.

La Autora

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCION**

#### **1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

La hipertensión arterial afecta aproximadamente al 20% de la población adulta y a 35 millones de personas en los EEUU, su frecuencia se incrementa con la edad, de tal modo que alrededor de 70 años, más de un tercio de la población tiene valores altos de presión arterial debido a las complicaciones.(10). El porcentaje de hipertensos en la población Española entre 36 y 65 años era del 27%, al comienzo de los años noventa, en la actualidad es de 45%, siendo el 68.3% en los mayores de 65 años (4).

Alrededor del 20% de los adultos sufren hipertensión; en más del 90% de dicha porción son de hipertensión esencial (primaria), quiere decir sin causa médica identificable. En el resto de los pacientes se conocen causas específicas (hipertensión secundaria), como estrechamiento de vasos renales o enfermedades del parénquima renal, ciertos fármacos, disfunciones de órganos, tumores y embarazo.

En América 144 millones de personas viven con hipertensión arterial, en la región de América latina y el Caribe se estima que entre el 8 y 35% de su población padece de hipertensión arterial. Algunos estudios realizados entre 1998 y 1999 en cinco ciudades del país revelan una prevalencia de HTA del 17.5% en hombres y 9.2% en mujeres (7).

A muchos países desde hace años; sin embargo hay que admitir La salud del adulto es un tema que viene preocupando que a pesar de los esfuerzos que se han hecho, el desarrollo de los servicios de salud para la atención de estas personas ha sido en general diverso y los programas para atenderlos no han recibido apoyo ni prioridad, menos seguimiento y evaluación (15).

La carga mundial de enfermedades no transmisibles (ENT) y la amenaza que suponen constituyen un importante problema de salud pública que socava el desarrollo social y económico en todo el mundo, para evitar las crecientes desigualdades entre diferentes países y poblaciones se necesitan medidas urgentes a nivel mundial, regional y nacional que mitiguen esta amenaza (16).

Se calcula que unos 36 millones de defunciones, el 63% de los 57 millones de muertes registradas en el mundo en el año 2008, se dieron a enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades cardiovasculares (48%), cánceres (21%), enfermedades respiratorias crónicas (12%), y diabetes (3.5%), el 80% de las defunciones (29 millones) por enfermedades no transmisibles se produjeron en países de ingresos bajos y medios y en estos últimos países la proporción de muertes prematuras (antes de los 70 años), es mayor (48%) que en los países de ingresos altos (26%). Según las previsiones de la OMS, si todo sigue igual, la cifra anual de muertes por enfermedades no transmisibles aumentará a 55 millones en 2030. Los conocimientos científicos demuestran que la carga de enfermedades no trasmisibles se pude reducir mucho si se aplican medidas de forma eficaz, equilibrada y se realizan intervenciones preventivas y curativas costo- efectivas ya existentes (16).

Parecería innecesario señalar que ésta concepción de salud es aplicable a toda la población sin ningún tipo de diferencia en razón de la edad; sin embargo, es válido afirmar que los adultos conforman la población económicamente productiva y de riesgo, uno de los grupos evolutivos que habrá de producir modificaciones sustanciales en políticas y acciones de salud, a fin de reflejar el cumplimiento del compromiso (16); (31).

La Organización Mundial de la Salud define a los estilos de vida como: “Un conjunto de actividades, comportamiento identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada; dicho estilo de vida resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social, las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona”(8).

Con frecuencia se habla de estilos de vida para referirse a patrones comportamentales como actividad física o los hábitos alimentarios; los estilos de vida estudiados han sido fundamentalmente; los hábitos alimentarios inadecuados, la falta de actividad física, el consumo de tabaco; otros estilos de vida contemplados en los programas promoción de la salud o prevención de enfermedades son el descanso, ocio y el sueño, la higiene, la educación sexual, y planificación familiar, el consumo de alcohol y otras drogas, la automedicación, las revisiones sanitarias, el seguimiento de prescripciones médicas o las prácticas de seguridad y protección las prácticas de salud y/o riesgo no son conductas aisladas que surjan de manera esporádica por el contrario constituyen varias formas de comportamientos más o menos organizados, complejos, coherentes, estables y duraderos fuertemente relacionados con el entorno que vive la persona(8).



Para los adultos de este grupo de edad, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamiento por ejemplo paseos a pie y/o caminatas, actividades ocupacionales (es decir trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programadas en el contexto de las actividades diaria familiares y comunitarias, con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, y la salud ósea y de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT) y depresión se recomienda que el adulto de 18 a 64 años de edad dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa, y debe de ser practicada en sesiones de 10 minutos de duración como mínimo aún de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de éste grupo de edades aumenta hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica o una combinación equivalente de actividad moderada y vigoroso (15)

El 70% de causas de muerte se debe en parte a la herencia y la mitad de los fallecimientos tiene relación al estilo de vida. Se puede afirmar que los estilos de vida son un conjunto de patrones comportamientos específicos en el individuo o en una sociedad, que influyen en la salud de la persona actuando como factores de protección o de riesgo para la salud; consiste en permitir y fomentar que los individuos cambien su estilo de vida, cuando estos suponen factor de riesgo para la salud, además de producir y mantener patrones de comportamiento saludable en las dimensiones biológico, psicológico y social (7),(8).

Las consecuencias humanas sociales y económicas de las enfermedades no transmisibles se dejan sentir en todos los países pero son particularmente devastadoras en las poblaciones pobres y vulnerables. Reducir la carga mundial de ENT es una prioridad absoluta y una condición necesaria para el desarrollo sostenible (16).

Uno de los factores de riesgo es la hipertensión arterial, factor de riesgo de las enfermedades del aparato circulatorio que motiva un mayor número de consultas, y es la principal causa de cardiopatías coronarias, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal. Podríamos definir la hipertensión arterial como un aumento de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD) por encima de los parámetros que se consideran óptimos, los valores persistentes de presión sanguínea sistólica mayor de 140 mmHg y diastólica que rebasa los 90 mmHg. En ancianos se define como equivalente a valores de 160/90 mm Hg (1).

En lenguaje coloquial la hipertensión arterial se describe como el “asesino silencioso”, ya que es frecuente que la persona no presente síntomas. El National Heart, Lung, and Blood Institute de Estados Unidos calcula que 50% de hipertensos no saben que padecen esta enfermedad. Una vez que surge, el paciente debe someterse a mediciones frecuentes de la presión sanguínea, ya que la hipertensión es un trastorno que dura toda la vida.

Alrededor del 20% de los adultos sufren hipertensión; en más de 90% de dicha porción es esencial (primaria), quiere decir sin causa médica identificable. En el resto de los pacientes se conocen causas específicas (hipertensión secundaria), como estrechamiento de vasos renales o enfermedades del parénquima renal, ciertos fármacos, disfunciones de órganos, tumores y embarazo.

La hipertensión arterial afecta aproximadamente al 20% de la población adulta y a 35 millones de personas en los EEUU, su frecuencia se incrementa con la edad, de tal modo que alrededor de 70 años, más de un tercio de la población tiene valores altos de presión arterial debido a las complicaciones.(10). El porcentaje de hipertensos en la población Española entre 36 y 65 años era del 27%, al comienzo de los años noventa, en la actualidad es de 45%, siendo el 68.3% en los mayores de 65 años (4).

En América 144 millones de personas viven con hipertensión arterial, en la región de América latina y el Caribe se estima que entre el 8 y 35% de su población padece de hipertensión arterial. Algunos estudios realizados entre 1998 y 1999 en cinco ciudades del país revelan una prevalencia de HTA del 17.5% en hombres y 9.2% en mujeres (7).

Un estudio realizado por la Sociedad Peruana de Cardiología en la ciudad de Lima en febrero del 2004, muestra una prevalencia de HTA del 23% con una ligera diferencia de 26% y 20%, según la oficina general de estadísticas del Ministerio de Salud en el 2006 la mortalidad por enfermedades hipertensivas fue de 2,938 personas, siendo 1,467 de sexo masculinos y 1,471 de sexo femenino, mortalidad por complicaciones de hipertensión como enfermedades de isquemias coronarias fue de 4,605, siendo 2,448 hombres y 2,157 mujeres (7), (8).

En el Hospital I Carlos Alcántara Butterfield la primera causa de morbilidad es hipertensión arterial hasta el mes de mayo del 2011 tenemos a 7,180 personas mayores de 60 años, 5,823 de sexo femenino, 3,132 de sexo masculino y 1660 entre las edades de 30 a

60 años, los pacientes que asisten al programa de hipertensión son en promedio 400, pacientes hipertensos sin otras patologías 200, atendidos por día son en promedio 10 pacientes, atendidos Hipertensos solo sin otras patologías en promedio de 3 por día.

Teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados sobre la hipertensión arterial, los estilos de vida saludable y no saludable, los cuales contribuyen al incremento o disminución de los riesgos a complicaciones cardiológicas. La enfermera cumple una función muy importante tanto en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y complicaciones, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación en pacientes hipertensos y con otras patologías cardiológicas, debido a la valoración que realiza al paciente desde el primer contacto, tanto con la observación, entrevista, examen físico, se logra identificar estilos de vida saludables y no saludables, también se tiene en cuenta los aspectos objetivos como subjetivos, de esta manera la enfermera planifica las actividades con el paciente, buscando las estrategias necesarias como los programas educativos, estimulando a los pacientes a practicar los estilos de vida saludables, con el fin de conservar su salud.

Durante el trabajo profesional en el Hospital I Carlos Alcántara Butterfield se ha observado que el personal de salud no responde adecuadamente a las exigencias por el escaso nivel de conocimiento o exceso de carga laboral, observándose la poca adherencia al programa o de administrar cuidados a los pacientes o luego de realizar algún procedimiento.

El proyecto de investigación nace debido a una rotación en el programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield en donde algunos pacientes refieren “desde que estoy en el

programa me siento muy bien, mi presión está normal” y otros que manifiestan “aun estando en el programa siento que no he mejorado”, es entonces que nace la inquietud de conocer lo que refieren los pacientes acerca de sus estilos de vida planteándose la siguiente interrogante:

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el Estilo de Vida en pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield Abril - Julio 2014?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

El índice de personas con hipertensión arterial va en aumento, lo cual es preocupante, tanto en nuestro país como a nivel mundial, es un problema de salud pública, que afecta aproximadamente al 20% de la población adulta y a 35 millones de personas en los EEUU, su frecuencia se incrementa con la edad, de tal modo que alrededor de 70 años, más de un tercio de la población tiene valores altos de presión arterial.

En España la prevalencia de hipertensión arterial contribuye con el 46% de las muertes por enfermedad cerebrovascular y el 42% de las muertes por cardiopatía isquémica.

Un estudio realizado por la Sociedad Peruana de Cardiología en la ciudad de Lima en febrero del 2004, muestra una prevalencia de HTA del 23% con una ligera diferencia de 26% y 20%.

En el Perú según la oficina general de estadísticas del Ministerio de Salud en el 2006 la mortalidad por enfermedades hipertensiva fue de 2,938 personas, siendo 1,467 de sexo masculinos y 1,471 de sexo femenino.

La mortalidad por complicaciones de hipertensión como enfermedades isquémicas coronarias fue de 4,605, siendo 2,448 hombres y 2,157 mujeres.

En el Hospital Alcántara hay una población de 1600 personas con hipertensión arterial, siendo atendidos por día un promedio de 25 personas.

La enfermera es un recurso visible y competente para los individuos que intentan mejorar su bienestar físico y psicológico. El objetivo de educar a los demás acerca de su salud, es ayudar a los individuos, familias y sus comunidades a conseguir niveles óptimos de salud. (6).

Las enfermeras enfatizan la promoción de la salud, estrategias de aumento de bienestar y las actividades de prevención como formas importantes de atención sanitaria, dado que ayudan a los usuarios a mantener y a mejorar su salud. A menudo, las enfermeras de todas las áreas de la práctica tienen la oportunidad de ayudar a pacientes a adoptar actividades para promover la salud y disminuir el riesgo a enfermar.

La participación de la enfermera en cuanto a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento oportuno y

rehabilitación es de suma importancia para las personas en riesgo de enfermar de hipertensión arterial.

#### **1.4. OBJETIVOS:**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL.**

Determinar los estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield.

##### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Identificar hábitos alimenticios que adoptan los pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield.
- Identificar actividad física que realizan los pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield.

#### **1.5. PROPÓSITO**

El propósito de la presente investigación es contribuir en bien de la salud de los pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield, dando a conocer los resultados de dicha investigación al Director del hospital, a la Enfermera Jefe del Departamento de Enfermería y al equipo a cargo de dicho programa, brindando una información actualizada, valida y confiable, con la finalidad de instalar políticas de promoción y prevención para este

grupo poblacional fortaleciendo estilos de vida saludables a los pacientes adultos

Así mismo permitan realizar nuevas investigaciones, favoreciendo así a la creación de nuevas estrategias como: talleres, programas educativos que permitan fortalecer la información sobre los factores de riesgo, prevención, diagnóstico, Tratamiento y complicaciones, como también nuevas comportamientos, estilos de vida saludables que deben practicar los pacientes del programa de hipertensión.



## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES:**

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados al tema. Así tenemos que:

##### **A nivel Internacional**

En su estudio sobre el nivel de conocimiento del diabético sobre su autocuidado, se realizó una encuesta descriptiva a 94 usuarios con diabetes mellitus hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía del hospital general Regional N° 1, los resultados mostraron que el nivel de conocimiento del diabético sobre su autocuidado fue insuficiente en un 79% los aspectos que más conoce son el ejercicio y la alimentación, no así el cuidado de sus pies y lo relacionado al tratamiento farmacológico(29)

En su estudio que tuvo por objetivos determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar esa capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas llegando a los siguientes resultados el 3 (33%) sujetos presentaron buena capacidad de autocuidado y el 168 (67%) capacidad regular se concluye que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular, capacidad de autocuidado está vinculado a múltiples variables que merece atención de los profesionales de salud, cuando se realiza la proposición de programa de educación(34).

En su estudio sobre calidad de vida y los estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, estudio transversal en 150 pacientes diabéticos provenientes de unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro. Entre sus resultados tenemos que los dominios de los estilos de vida que requieren atención fueron actividad física 48,1% autoestima 5.8% autopercepción 68.3%, dieta 68.7% y apego terapéutico 73.8%, en conclusión falta mejorar la actividad física la autoestima, la dieta y el apego terapéutico, así como la independencia ambiente y dominio físico (35).

#### **A nivel nacional**

En su estudio sobre Estilos de vida promotor de salud, nivel de información y nivel de autocuidado en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Belén de Trujillo encontró que el mayor porcentaje 65.1% de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 presentó un estilo de vida promotor de salud regular, seguido de un 34.9% con un estilo de vida promotor de salud bueno, no se encontró pacientes con estilo de vida promotor de salud malo (34).

El Estilos de vida de las mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal - noviembre 2006, cuyo objetivo general fue “Determinar los estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica, el propósito de brindar y/o proporcionar información válida y confiable a la Unidad de Climaterio del Instituto Nacional Materno Perinatal acerca de los estilos de vida de mujeres posmenopáusicas; así como motivar a incentivar a la elaboración o diseño de estrategias de capacitación dirigida al personal de enfermería y estrategias de intervención preventivo promocionales dirigida a la mujer posmenopáusica en relación a estilos de vida

saludable como la nutrición, la actividad física, el estado emocional, estado de ánimo, función cognoscitiva, relaciones interpersonales con el fin de fortalecer y/o mejorar los estilos de vida saludable en la mujer posmenopáusica, cuyo diseño fue tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, cuya población estuvo conformada por mujeres en la etapa posmenopáusica que acudían a los Consultorios Externos del Instituto Nacional Materno Perinatal. Para la muestra se utilizó para ello el muestreo No Probabilística por Conveniencia, la técnica e instrumento que utilizó para la recolección de datos fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario, concluyendo que los estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal 52 (52%) presentaron estilos de vida no saludable, en la dimensión biológica el 50 (50%) presentaron estilos de vida no saludable y 50 (50%) poseen estilos de vida saludable, en relación a los estilos de vida en la dimensión psicológica 66 (66%) presentan estilos de vida no saludable y 44 (44%) estilos de vida saludable. En la dimensión social 80 (80%) presentan estilos de vida no saludable y 20 (20%) estilos de vida saludable concluyendo que las mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal, tienen estilos de vida poco saludables, tanto en la dimensión biológica, psicológica, nos permite ver que muchas de las mujeres en esta etapa no toman importancia de lo que significa practicar los estilos de vida saludables como el consumo de comida sana (consumo de frutas, verduras, agua, menos consumo de grasas, menos consumo de sal, etc) (23).

La tesis realizada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, sobre “Factores de riesgo modificables para un primer evento de enfermedad vascular cerebral isquémica, en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren, en el periodo enero– diciembre del 2002”,

publicado en 2005, cuyos objetivos fueron: Determinar los factores de riesgo modificables para un primer episodio de EVC isquémica en la población asegurada (ESSALUD) atendida en el HASS, como también comparar y ver el grado de concordancia de estos factores, la investigación de tipo Descriptivo – Retrospectivo, encontraron, al igual que en la gran mayoría de literatura mundial, que la Hipertensión Arterial es el principal factor de riesgo para la presentación de un evento de EVC isquémica; y que en esta población es de lejos el principal factor de riesgo, con un 72.19% de prevalencia, para la presentación de un primer evento de EVC isquémico. Así mismo, en la población estudiada; no son menos importantes la Diabetes Mellitus, la Dislipidemias, la Fibrilación Auricular y el Tabaquismo, como factores de riesgo para un primer evento de EVC isquémico. La Enfermedad Obstructiva Coronaria Crónica, sería un marcador importante de Enfermedad Arterioesclerótica, a tener en cuenta para detectar pacientes con riesgo de presentar un primer evento de EVC isquémica (10).

Otros factores que alteran la hemodinámica a nivel cardíaco, tales como la Prótesis Valvular Cardíaca y el Prolapso de Válvula Mitral, serían factores de riesgo mucho menos prevalentes para un primer evento de EVC isquémica.

Podemos decir que los factores de riesgo para la EVC isquémica encontrados en la población estudiada, son en líneas generales similares a los factores encontrados en otras poblaciones, variando algunos de ellos en el orden de prevalencia.

Los lineamientos de prevención primaria para la EVC isquémica, en la población estudiada, deberán por lo tanto estar orientados hacia la detección y tratamiento precoz y adecuado de la Hipertensión Arterial,

la Diabetes Mellitas, la Dislipidemias y la Fibrilación Auricular; así como a la modificación de hábitos nocivos como el Tabaquismo.

En este estudio podemos deducir que la Hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para la presentación de un evento de EVC isquémica; y que en la población estudiada es el principal factor de riesgo en un 72.19% de prevalencia, Diabetes Mellitus la Dislipidemia, y el Tabaquismo también son factores de riesgo importantes para un evento de ECV. Teniendo en cuenta los resultados de este estudio nos permite realizar nuevas investigaciones en factores de riesgo en enfermedades cardíaca, como también relacionado a la función de enfermería en cuanto a la promoción y prevención en factores de riesgo de HTA, es de suma importancia ya que estas personas con hipertensión arterial si no llevan un buen control y no tiene estilos de vida saludables, aumenta el riesgo de padecer un ECV y puede llegar a la muerte (9).

Las autoras refieren que se evaluó el impacto que genera la intervención del farmacéutico en la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), que acuden a los consultorios externos del Servicio de Cardiología y reciben sus medicamentos a través de la Farmacia de Pacientes Crónicos del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", durante un período de 6 meses, utilizando el método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico (SFT). Se incluyeron en el estudio 14 pacientes de 40 años a más, con diagnóstico de HTA esencial y sin otra patología crónica asociada, residentes en Lima Metropolitana en el momento del estudio. El 71,4% fueron varones y un 28,6 % mujeres. Se empleó el cuestionario específico MINICHAL para determinar la CVRS al inicio del estudio, durante y después. Como resultado del SFT se detectaron 29 problemas relacionados con los medicamentos (PRM), de los cuales el 66% está relacionado con la necesidad, el 24

% con la efectividad y 10 % con la seguridad. Se resolvieron 24 PRM (75%), lo que demuestra el grado de aceptación de las recomendaciones farmacéuticas para eliminar las causas (prevenibles) de los PRM y justifican la incorporación del SFT como parte esencial de la función del Farmacéutico Hospitalario. La comunicación de las intervenciones se hicieron en mayor porcentaje entre farmacéutico-paciente (87.5%) empleando tanto la forma verbal como la escrita, y en segundo lugar la comunicación farmacéutico-paciente-médico (12.5%) empleando la forma escrita. Los resultados muestran un 57 % de los pacientes con presión arterial controlada al culminar el estudio, en comparación con el 42% de los pacientes al inicio del estudio. Se concluye que, la CVRS se ve influenciada positivamente por la intervención del farmacéutico en el SFT.

Los objetivos que determinaron las autoras, fueron Objetivo General: evaluar el impacto que genera la intervención del farmacéutico en la calidad de vida relacionado con la salud de pacientes con HTA esencial.

Los objetivos específicos fueron determinar CVRS de pacientes con HTA esencial al inicio y final del estudio, colaborar con el control y mantenimiento de los valores de presión arterial en niveles adecuados para el paciente y prevenir, identificar y resolver PRM, llegando a las siguientes conclusiones que la intervención del farmacéutico mediante el seguimiento farmacoterapéutico mejora la CVRS de pacientes con HTA esencial en comparación con el grupo control, la CVRS de los pacientes de ambos grupos al inicio del estudio fueron similares, sin embargo se hizo evidente un aumento a la CVRS de los pacientes del grupo seguimiento y disminución en el grupo control al finalizar el estudio, el seguimiento farmacoterapéutico que permitió identificar,

prevenir y solucionar PRM, siendo el de necesidad el que se presentó con mayor frecuencia, según los resultados del estudio nos dan a conocer que parte de los problemas en pacientes hipertensos también están relacionados a los medicamentos, las autoras demuestran que lo que se da con mayor frecuencia es el de necesidad de aliviar sus problemas.

Esta investigación también da a conocer al personal de enfermería la importancia en el control en cuanto a sus medicamentos antihipertensivos, también permite realizar nuevas investigaciones acerca del tratamiento, control de los medicamentos antihipertensivo y los problemas que pueden llevar a complicaciones, deteriorando más la salud del paciente (36).

## **2.2. BASE TEORICA.**

### **2.2.1. ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE HIPERTENSO sustentado por la Organización Mundial de la Salud (2008)**

Considera que uno de los puntos más importantes que surgen del análisis del proceso progresivo del adulto joven y maduro es la calidad de vida que desarrollan, por lo que el poder de tener una buena calidad de vida, depende de cuán bien son las personas. Como internalizar en su vida cotidiana comportamientos saludables, para lo cual el estilo de vida juega un rol trascendente.

Los estilos de vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud, este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud enfermedad de Lalonde y Lafrancoise junto con la biología humana, el ambiente y la

organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población.

Los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en la alimentación, de tabaco; así como el desarrollo o no de la actividad física, los riesgos del ocio y en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional, Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento de enfermedades transmisibles como no transmisibles (Diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer entre otras).

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (35).

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar (4).



Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como Estilos de Vida Saludables.

Los estilos de vida saludables es el conjunto de actividades, actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal y son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

El comportamiento de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de necesidades humanas para lograr el bienestar son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o

factores protectores para el bienestar (2). Así en la Dimensión Biológica, hay algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables que podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

Con los años la mayoría de las personas aumentan de peso, debido al cambio en el funcionamiento del organismo que va siendo más lento, incluso el metabolismo el cual influye en el sobrepeso y también la disminución en la actividad física, si agregamos los malos hábitos alimenticios, consumo de tabaco, alcohol, nos lleva a problemas de dislipidemias, sobrepeso y problemas cardiovasculares.

Parte importante del manejo es dar pautas de alimentación estos han sido factores descuidados en la práctica diaria y sin embargo son

invalorable medidas preventivas que por sí solas traerán gran beneficio a las personas sobre todo al paciente hipertenso, ya que de esta manera disminuyen sus valores de presión arterial.

La alimentación debe ser balanceada de 1800 kcal/día con alto contenido de nutrientes. El consumo insuficiente de frutas y verduras causa cerca de 2,7 millones de muertes por año y está entre los diez principales factores de riesgo que actúan como causa de mortalidad, según el informe sobre salud en el mundo. La importancia de los datos para la salud pública llevó la organización, en colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para Agricultura y Alimentación a promover en todo el mundo campañas para aumentar el consumo de frutas y hortalizas (OMS, 2002).

El consumo de cítricos, frutas, verduras verde – amarillas aportan fibra, antioxidantes, agua, vitaminas y minerales que modulan las funciones metabólicas, reducen el envejecimiento celular, regularizan el tránsito intestinal y su consumo previene de enfermedades cardiovasculares. El deterioro del balance de calcio por la disminución de su ingesta y su menor absorción intestinal, hacen encomendable el consumo de un vaso de leche al día, yogurt descremado, queso, administrar 1.5 gr de calcio elemental para prevenir la osteoporosis. Consumir carnes magras (pollo sin piel, pescado, poca carne roja), una porción mediana aporta diariamente proteínas de buena calidad, hierro, zinc y vitamina B12, entre otros nutrientes necesarios y fundamentales en esta situación. Se sugiere el consumo de pescado dos veces por semana sus ácidos grasos influyen favorablemente en la salud vascular. Huevos, 3 ó 4 huevos sin yema por semana, aportan vitaminas del complejo B y liposolubles, minerales y lecitina, proteínas de buena calidad, la clara se puede consumir diariamente (1).

Así mismo evitar fumar, puesto que el tabaco es la principal causa previsible de enfermedad cardiovascular en las personas, sobre todo a partir de los 40 años, debe suprimirse el consumo del tabaco en los cambios de estilos de vida porque afecta los huesos debilitándolos y disminuyendo la masa ósea, disfunción endotelial e inhibición de los osteoblastos, el consumo de alcohol debe ser en dosis moderadas, el abuso crónico del alcohol se asocia con la reducción de la masa ósea y el aumento de riesgos de fracturas, el consumo de alcohol debe ser moderado.

Los estilos de vida sedentarios son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Aproximadamente dos millones de muertes anuales pueden atribuirse a la inactividad física; a ello se añade que, según las conclusiones preliminares de un estudio de la OMS sobre factores de riesgo, los modos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. La inactividad física aumenta las causas de mortalidad, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes de tipo II y de obesidad. Además, aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon y de, hipertensión arterial, problemas de peso, osteoporosis, depresión y ansiedad.

Un tema fundamental es también la actividad física que influye favorablemente en los músculos aportando mayor fuerza, resistencia y elasticidad; en los huesos aumenta la masa ósea, se fortalecen los ligamentos y cartílagos; en el corazón refuerza las paredes del corazón, aumenta su masa muscular, mejora la circulación; en la respiración mejora la actividad respiratoria; en el metabolismo:

aumenta las cifras de HDL (colesterol bueno), desciende las cifras de LDL colesterol malo).

Evitar el sedentarismo, debe de iniciarse una actividad física indicados, los ejercicios aeróbicos asociados a ejercicios de flexibilidad y fortalecimiento muscular y relajación diaria, por lo menos tres veces a la semana; se ha observado que el ejercicio disminuye la pérdida de masa ósea.

Las personas atlética de 55 a 75 años tienen valores de densidad ósea en radio y columna vertebral igual a las mujeres mayores de 50 años no atléticas; estudios similares sugieren la importancia del ejercicio para evitar la pérdida ósea recomendándose antes del inicio de la menopausia y andropausia.

La actividad debe combinar ejercicios aeróbicos con ejercicios de flexibilidad, fortalecimiento muscular y relajación de 20 a 30 minutos en sesión por tres veces a la semana incluyendo caminatas, montar bicicleta y correr (2).

El control médico anual es de sumo valor, pues detecta de forma precoz enfermedades degenerativas, un diagnóstico completo, densitometría ósea y un perfil coronario para determinar riesgo isquémico. También la consejería para un estilo de vida apropiado; el cuidado de la salud de toda persona es de suma importancia y en esta etapa exige una conducta vigilante en realizar controles periódicos.

Se recomienda el control de la presión arterial, para todas las personas adultas, es conveniente para detectar la hipertensión arterial; además de la edad y la carga hereditaria; el aumento de la tensión arterial que

tiene lugar tras la menopausia y andropausia, se debe fundamentalmente al déficit hormonal tanto en hombres como en mujeres.

La hipertensión arterial se define usualmente como una presión arterial diastólica de 90 mm de Hg o más o una presión arterial sistólica mayor a 140 mm de Hg o más; el objetivo de su identificación y tratamiento de la presión alta es reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad de las arterias coronarias, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cerebro vascular, ruptura de aneurisma aórtica, enfermedad renal y retinopatía.

El control del peso es importante para saber la masa corporal y saber si el peso está de acuerdo con la talla y es óptimo, si hay sobrepeso o déficit del mismo. Debe evitarse el sobrepeso pues en esta etapa llevará a una deformación del cuerpo; se produce un ensanchamiento del mismo con aumento de diámetro de las caderas y muchas veces los hombros que se redondean por depósito de grasa y por pérdida del tono muscular por falta de actividad física. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo de enfermedades crónicas como la enfermedad cardiovascular, diabetes, ciertos tipos de cáncer y osteoartritis (dolor en las rodillas).

En realidad la obesidad es una enfermedad en sí, además de ser un factor de riesgo de las otras enfermedades mencionadas. La obesidad aumenta el riesgo de cáncer, así un aumento de 20 kg. De peso aumenta el riesgo en un 80%, la obesidad y puede aumentar el riesgo de cáncer por mayor conversión de androstenediona suprarrenal a

estrógeno, en el tejido adiposo, después de la menopausia y andropausia.

Para toda persona es conveniente realizarse un control médico y para el paciente hipertenso mucho más, ya que se podría producir una elevación de la presión arterial muchas veces sin que la persona se dé cuenta, lo cual pone en riesgo la vida del paciente.

El examen sobre todo las en las personas mayores de 40años y que presentan factores de riesgo y estilos de vida no saludables son las personas en mayor riesgo de padecer hipertensión arterial y mucho más si hay antecedentes familiares.

La hipertensión arterial constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Afecta a un 20% al 30% de la población entre los 18 y 65 años; su prevalencia aumenta con la edad, alcanzando el 30% al 50% en mayores de 65 años.

La hipertensión arterial se define como la elevación persistente de las cifras de presión arterial por encima de los límites establecidos por convenio. En el adulto se considera HTA la presencia de cifras de PA iguales o superiores a 140/90 mm Hg. La medición de la PA se debe realizar en varias ocasiones, por lo menos tres veces, repartidas en un periodo de tiempo de dos semanas a tres meses, con el paciente en reposo, sentado o decúbito al menos durante cinco minutos, y con el brazo en el que realice la toma de PA apoyando en una superficie fija y a la altura del corazón. Hay que medir la PA en ambos miembros superiores y si se encuentra una diferencia superior a 10mmHg, se deben valorar las posibles causas y considerar las cifras de PA más elevadas. La PA sistólica coincide con la aparición de los tonos de

Korotkoff, que son los sonidos circulatorios pulso-síncronos oídos a través del estetoscopio en la auscultación de la presión arterial y la diastólica con su desaparición.

Es de notar que el estudio NHANES III mostró que la proporción de pacientes controlados no continuó en mejoría, observándose además, un discreto incremento en las proporciones de ECV, de otro lado aumenta la incidencia de insuficiencia renal crónica y la prevalencia de insuficiencia cardiaca congestiva asociada con HTA. La hipertensión arterial es un trastorno del nivel promedio al que está regulada la presión sanguínea, tiene importancia clínica debido a que esta elevación crónica lesiona órganos como el corazón, los vasos sanguíneos y los riñones. En etapas iniciales no causa alteraciones en la función cardiovascular; siendo las características del control de la presión arterial las que conllevan a la regulación de la presión sanguínea flexible y responde a los requerimientos de la perfusión local de los órganos, esta se integra a la función general cardiovascular y renal para servir a la homeostasis del sistema. El nivel con que se regula cambia a lo largo de la vida (8).

Dado que la presión arterial está regulada por numerosos factores nerviosos, hormonales y locales que funcionan coordinados con autorregulación manteniendo a esta con límites estrechos, diversos factores como herencia y estilos de vida, sistema nervioso simpático, ingesta de sal, hormonas o sustancias liberadas por el endotelio pueden modificar el gasto cardiaco y/o la resistencia periférica iniciando la hipertensión arterial.

La mayoría de los pacientes con HTA no tienen síntomas específicos relacionados con su presión arterial y sólo se identifican en el curso de



la exploración física; pueden presentarse: cefaleas, epistaxis, cambios en la visión, tinnitus, taquicardia, mareo, fatiga fácil o pérdida de fuerza, insomnio y nerviosismo.

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial, estos han sido clasificados de acuerdo a su posibilidad de intervención, en factores de riesgo modificables y no modificables para facilitar su identificación e intervención. Los factores de riesgo no modificables son inherentes al individuo (sexo, raza, edad, herencia), y los factores de riesgo modificables pueden ser evitados, disminuidos o eliminados. Hay algunos factores no modificables de la hipertensión arterial tales como: la edad, las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica<sup>4</sup>. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo (5). El sexo, la hipertensión y el accidente cerebrovascular hemorrágico es más frecuente en mujeres menopáusicas. La enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular de tipo arterioesclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino (6). El origen étnico la hipertensión arterial se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra y la herencia La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta 2<sup>a</sup> grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la presencia de enfermedad cardiovascular (7).

Sin embargo hay factores modificables comportamentales tales como: El tabaquismo el tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo. El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer HTA (9).

El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg, y la PAD en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total (8).

La vida sedentaria aumenta de la masa muscular (sobrepeso), aumenta el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión (8).

El elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial (12). El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL (8). Así mismo el estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión.

El exceso de peso, está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer hipertensión arterial, al igual que un IMC > de 27. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mmHg y la PAD de 1-3 mmHg. La circunferencia abdominal de 85 cm. en mujeres y de 9.8 cm. en hombres está asociada a mayor riesgo de Hipertensión, y a dislipidemia, etc (14). El estudio de Framingham demostró que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e hipertensión. La diabetes mellitus aumenta de dos a tres veces el riesgo de Hipertensión. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad (8).

La mayoría de los estudios coinciden en promover la utilización de alimentos en lugar de los medicamentos o como complemento de aquellos. Existe una infinidad de recursos alimentarios de los que se puede disponer para el tratamiento, e incluso la prevención de la hipertensión.

Se requiere orientar el tratamiento en aquellos grupos de mayor riesgo, como en los adultos jóvenes y adultos de la edad media con presentación súbita de la hipertensión, así como en aquellos con presión sistólica mayor de 95 mmHg y durante el embarazo.

Los fármacos pueden ser utilizados en las condiciones de urgencia ya conocidas, así como en casos muy específicos que lo requieran. Sin embargo no es recomendable utilizarlos en los pacientes crónicos, debido a los efectos secundarios de dichos fármacos, además del efecto negativo en el estilo de vida del paciente, que lo vuelve pasivo e irresponsable en cuanto a su cuidado dietético.

Para que el tratamiento no farmacológico de resultados importantes, se necesita tiempo y lamentablemente, los sistemas médicos no premian la prevención. Las actitudes que demostraron que baja la PA en forma efectiva son la reducción de peso, restricción de sodio y alcohol.

Hay medidas complementarias que no está demostrado que baja la PA, pero son modificaciones al estilo de vida útiles para todos los pacientes, como la restricción de grasas, el aumento de las fibras, la actividad física, el abandono del hábito de fumar, calcio, magnesio, potasio, reducción de la cafeína.

Existen técnicas conductuales que ayudan, como la meditación el yoga, la relajación la psicoterapia individual, etc

La enfermería como profesión de servicio brinda los cuidados de atención directa al enfermo que le permitan recobrar su estado de salud, en caso de que las condiciones propias de la patología que padezca así los permitan, adaptarse a los efectos residuales de una enfermedad como Hipertensión Arterial y/o prevenir las complicaciones que pudieran derivarse del manejo inadecuado de su cuadro clínico.

La enfermera es el recurso visible y competente para los pacientes intentan mejorar su situación de salud lograr el bienestar físico y psicológico. El objetivo de la presente investigación es analizar la problemática de los pacientes Hipertensos en su familia y acompañante, acerca del cuidado de su salud como en la práctica de estilos de vida saludable de esta manera favorecer a los pacientes, familias y sus comunidades a conseguir niveles óptimos de salud (14).

La participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables puede definirse como el conjunto de actividades realizadas por la enfermera para brindar orientación información e instrucción encaminada a acentuar los aspectos positivos derivados de la promoción de los hábitos de salud y autocuidados que debe observar el enfermo de HTA para evitar mantener su salud (9).

Las enfermeras enfatizan en la promoción de la salud, estrategia fundamental para el logro del bienestar así como las actividades de prevención, formas importantes de atención sanitaria, dado que ayudan a los pacientes a mantener y a mejorar su salud. Una de las funciones importantes que desempeña la enfermera en los pacientes del programa de hipertensión arterial es de supervisión, enseñanza como de apoyo emocional para definir un plan que les resulte aceptable para seguir viviendo con la hipertensión y el régimen de tratamiento. La consejería en cuanto a su alimentación suele resultar útil para analizar

las diversas formas posibles de modificar la ingestión de sal y grasas. Es de utilidad proporcionar listas de alimentos y bebidas con bajo contenido de sal, así como identificar sustitutos no costosos para la sal (6).

### **2.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS ESTILOS DE DEL PACIENTE HIPERTENSO**

Es el conjunto de actividades y comportamientos que refieren adoptar y desarrollar los pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara Butterfield, con respecto a la alimentación y actividad física. El paciente hipertenso es una persona con cifra presión arterial elevada y que acuden al programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo permitió medir la variable en estudio. Explicativo, porque se basa en hechos que permitieron mejorar tanto la teoría como la práctica en los estilos de vida de los pacientes del programa de hipertensión.

Método Descriptivo simple, porque permitió describir la naturaleza y magnitud del problema; es Univariable; es un estudio prospectivo, porque la información se recolectó después de la planeación, de corte transversal, porque se realizó en un periodo de tiempo determinado (Abril- Julio del2014).

#### **3.2. LUGAR DE ESTUDIO**

El presente trabajo se realizó en el Hospital Alcántara Butterfield, el cual se encuentra ubicado en la Av.Constructores1201 Urbanización Covima Distrito La Molina Provincia Lima –Perú; quien brinda servicios en diferentes áreas como: medicina general, urgencias, unidad de atención integral al adulto (programa de hipertensión arterial), cardiología, consultorio de EKG, mas 72 consultorios incluido especialidades, hospitalización con un total de 55 camas y el servicio de emergencias.

Cuenta con 74 médicos, 57 enfermeras, 70 Técnicos de Enfermería y demás profesionales. En el programa de Hipertensión Arterial la atención es de 8am a 2pm, de lunes a viernes, un solo personal de enfermería, quien atiende un promedio de 10 pacientes por día, de los cuales pacientes hipertensos sin otras enfermedades solo son en un promedio de 3 por día.

### **3.3. POBLACION Y MUESTRA**

La población estuvo constituida por 400 pacientes del programa de Hipertensión Arterial del Hospital Alcántara Butterfield, entre las edades de 30 a 60 años de edad, que acuden al programa de lunes a viernes en el horario de 8am a 2pm de los cuales 200 solo tiene patología solo de hipertensión arterial.

La muestra estuvo constituida por el 23% de los pacientes que reunieron los criterios de inclusión establecidos obteniéndose una muestra de 45 pacientes. El tipo de muestreo fue probabilístico porque es el método que consiste en extraer una parte de la población siendo una muestra representativa y homogénea.

### **3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS**

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los pacientes hipertensos del programa de Hipertensión Arterial del Hospital Alcántara Butterfield

### **3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.5.1. Criterios de Inclusión**

- Pacientes del programa de Hipertensión Arterial
- Pacientes entre las edades de 30 a 60 años,
- Pacientes de sexo masculino y femenino.
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Pacientes que no tengan otras enfermedades como Diabetes Mellitus, Enfermedad Renal, Enfermedad Cardíaca.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente en la investigación.

#### **3.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista y el instrumento fue un formulario tipo cuestionario constituido de la siguiente manera; presentación, instrucciones para el llenado, datos generales, dentro de las preguntas del cuestionario que contiene preguntas sobre estilos de vida respecto a alimentación y actividad física (ANELO 01). La Validez de contenido del instrumento se realizó a través de Juicio de Expertos (ANEXO 02); conformado por profesionales entre médicos, enfermeras, nutricionista, los cuales evaluaron el instrumento según su criterio profesional.



### **3.7. PROCEDIMIENTO DE ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION**

Concluida la recolección de datos se procedió en forma manual a vaciar los datos, colocando la alternativa correcta, para luego ser presentados los resultados en gráficos que permitió ser analizados e interpretados considerando el marco teórico. La medición de la variable fue ESTILOS DE VIDAS SALUDABLES O NO SALUDABLES.

### **3.8. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION**

En la presente investigación se aplicó el principio bioético de autonomía y de beneficencia, para ello se respetó el consentimiento informado y del anonimato del paciente encuestado.

Los participantes respondieron al cuestionario de manera voluntaria y anónima, se les informó de manera verbal y específica su participación en la investigación a través del consentimiento informado (Anexo 03), la cual participaron voluntariamente formando así parte de la investigación. Se solicitó por escrito la autorización al Director del HCAB, quien informó a la jefa de Enfermera sobre el estudio.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSION**

#### **4.1. RESULTADOS**

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de actividades, acciones o comportamientos individuales.

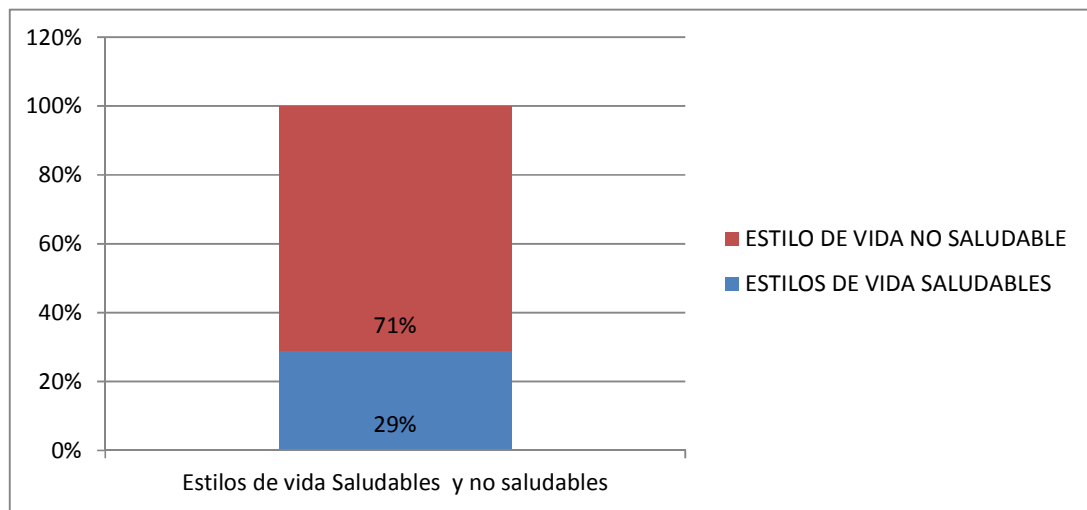
En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida y estilos de vida no saludables, que son los que ponen en riesgo la salud del paciente, familia y comunidad, el objetivo de practicar los estilos de vida saludables es mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de dignidad de la persona.

Los estilos de vida se muestran por las actividades, comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de sus necesidades humanas para lograr el bienestar, los pacientes hipertensos mucho depende de los estilos de vida que adopten para mantener o poner en riesgo su salud. Son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o factores protectores para el logro del bienestar (2).

## GRÁFICO 01

### ESTILOS DE VIDA DE LOS 45 PACIENTES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL CARLOS ALCÁNTARA BUTTERFIELD ABRIL- JULIO 2014 LIMA-PERÚ



Fuente: Cuestionario sobre Estilos de vida 2014

GRÁFICO 01 muestra que de los 45 pacientes hipertensos del programa de hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara Butterfield, el 71 por ciento refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29 por ciento estilos de vida saludables.

Mendoza, (1994) afirma que dentro de una determinada sociedad no hay un único estilo de vida saludable sino muchos, cualquiera que sea la definición de salud que se adopte, El estilo ideal de vida saludable no existe afortunadamente, porque implicaría que solo una cierta manera de afrontar diariamente la realidad en la que se vive es saludable. Además, cualquier estilo de vida calificado globalmente como saludable puede contener elementos no saludables o saludables en un sentido pero no en otro.

En la tesis Estilos de Vida de las mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal - noviembre 2006, concluyó que los estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal fue del 52 (52%) presentaron estilos de vida no saludable, en la dimensión biológica el 50 (50%) presentaron estilos de vida no saludable y 50 (50%) poseen estilos de vida saludable, en relación a los estilos de vida en la dimensión psicológica 66 (66%) presentan estilos de vida no saludable y 44 (44%) estilos de vida saludable. En la dimensión social 80 (80%) presentan estilos de vida no saludable y 20 (20%) estilos de vida saludable concluyendo que las mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal, tenían estilos de vida poco saludables, tanto en la dimensión biológica, psicológica, como el consumo de comida sana (consumo de frutas, verduras, agua, menos consumo de grasas, menos consumo de sal, etc) (23).

De los resultados podemos deducir que quienes están en mayor riesgo de su salud son los pacientes hipertensos, debido al cambio en el funcionamiento del organismo, tanto los cambios hormonales, metabólicos afectan el buen funcionamiento del organismo, como en el caso de las paredes de las arterias no tienen la misma elasticidad, a nivel muscular disminuye la tonicidad, por tanto las personas realizan poca actividad física lo cual contribuye al sobrepeso, dislipidemias, aterosclerosis que es acumulo de placas ateromatosas que con el tiempo van disminuyendo la luz de los vasos sanguíneos, por tanto aumento de la presión sanguínea, el corazón se esfuerza para poder expulsar la suficiente cantidad de sangre oxigenada al organismo, al esforzarse el corazón se produce hipertrofia de los músculos cardiacos, cardiomegalia, todo esto conlleva a otras complicaciones como ACV, isquemias cardiacas, con el paso del tiempo la insuficiencia cardiaca y puede llegar a la muerte, teniendo en cuenta todos estos aspectos importantes podemos deducir que a mayor edad mayor

riesgo de complicaciones, por tanto mayor es la necesidad de poder practicar estilos de vida saludables que permitan mantener su salud.

Existe una considerable relación entre los estilos de vida de los pacientes hipertensos y el control de su enfermedad, los estilos de vida que adoptan en cuanto a los hábitos alimenticios, actividad física, toma de medicamentos y control médico regular, por tratarse de una enfermedad crónica, sometida a modificaciones en sus estilos de vida, ya que de esta manera pueden mejorar su salud o ponerla en riesgo (8).

Según Arellano estilos de vida es el conjunto de actividades, actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiera llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se

satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

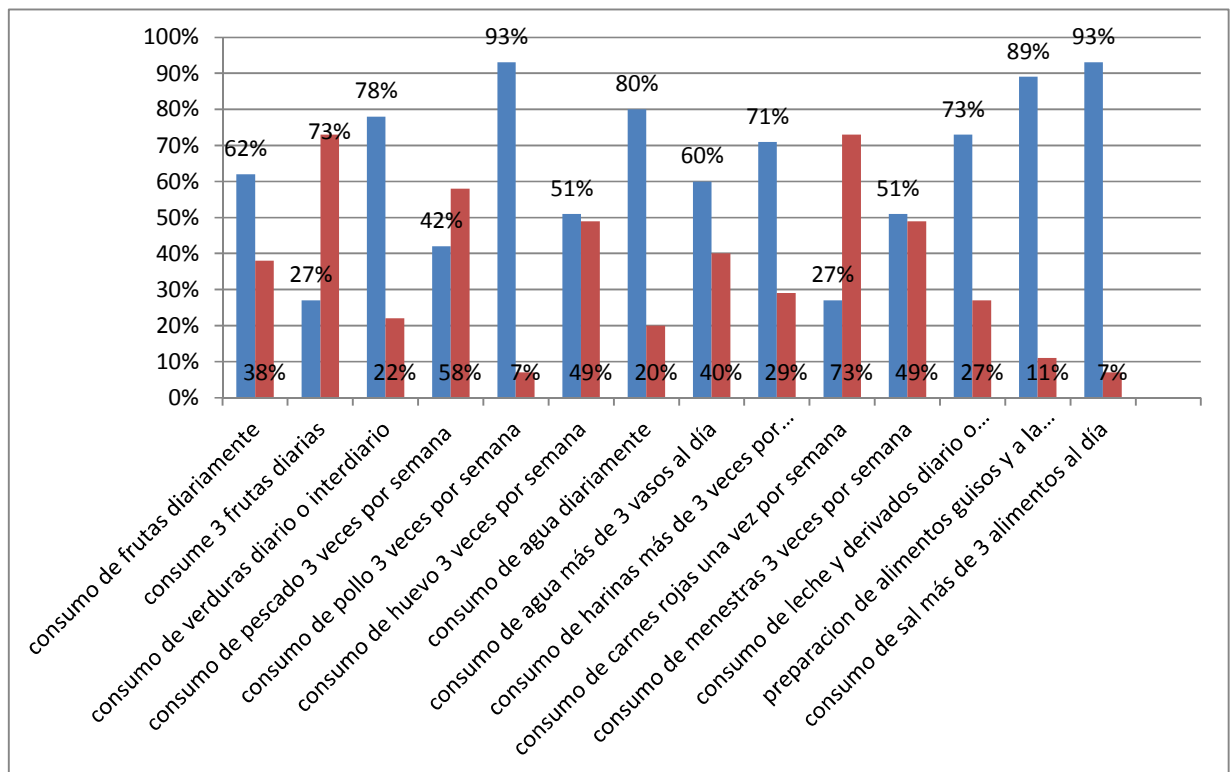
Considerando los hallazgos se puede deducir que de los pacientes del programa de hipertensión arterial encuestados, en la gran mayoría tienen estilos de vida no saludables, lo cual quiere decir que su salud está en riesgo debido a lo que conlleva la hipertensión arterial, una de las complicaciones de la hipertensión arterial son los accidente cerebro vascular, enfermedades cardiacas y en muchas ocasiones se llega a la muerte, es por eso la necesidad de los pacientes en modificar sus estilos de vida en bien de mantener su salud y control de su enfermedad evitando así las complicaciones y la muerte.

La labor que desempeña el personal de enfermería es muy importante en la salud del paciente, la enfermera es un recurso visible y competente para los individuos que intentan mejorar su bienestar físico y psicológico. El objetivo de educar a los pacientes del programa de Hipertensión Arterial, familia y acompañante, acerca del cuidado de su salud como la práctica de estilos de vida saludable de esta manera de favorecer a los individuos, familias y sus comunidades a conseguir niveles óptimos de salud.(17).

La participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables en pacientes con hipertensión arterial puede definirse como el conjunto de actividades realizados por la enfermera para brindar la información encaminada a acentuar los aspectos positivos derivados de la promoción de los hábitos de salud y autocuidados que debe observar el enfermo de HTA para evitar mantener su salud. (6)

**GRÁFICO 02**

**ESTILOS DE VIDA CON RESPECTO A LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS  
EN LOS 45 PACIENTES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL DEL HOSPITAL CARLOS ALCÁNTARA  
BUTTERFIELD ABRIL- JULIO 2014 LIMA-PERÚ**



Fuente: Cuestionario Estilos de Vida 2014

El grafico 02 muestra los estilos de vida con respecto a los hábitos alimenticios de los pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara Butterfield, en el grafico N° 02 encontramos que en cuanto al consumo de frutas diarias de un total de 45 pacientes el 93 por ciento consumen pollo tres veces por semana, el 80 por ciento consumen agua diariamente, el 78 por cientos consumen verduras diariamente e interdiariamente, 62 por ciento consumen frutas diariamente, el 60 por

ciento consumen agua más de tres vasos diarios, el 51 por ciento consumen tres veces huevos por semana, el 42 por ciento consumo de pescado tres veces por semana, el 27 por ciento frutas diarias, sin embargo el 93 por ciento consumen sal más de 3 alimentos al día, el 89 por ciento preparan alimentos guisados, el 73 por ciento consumen leche y sus derivados y el 73 por ciento consumen carne rojas una vez por semana, el 71 por ciento consumo de harina más de tres veces por semana, las diferencias porcentuales se refieren al no consumo.

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en su tesis “Factores de riesgo modificables para un primer evento de enfermedad vascular cerebral isquémica Hospital Alberto Sabogal Sologuren, en el periodo enero–diciembre del 2002”, publicado en 2005 reportaron que la Hipertensión Arterial es el principal factor de riesgo para la presentación de un evento de EVC isquémica y que en esta población es el principal factor de riesgo, con un 72.19% de prevalencia, para la presentación de un primer evento de EVC isquémico. Así mismo, en la población estudiada; no son menos importantes la diabetes mellitus, la dislipidemias, la fibrilación auricular y el tabaquismo, como factores de riesgo para el primer evento de EVC isquémico. La enfermedad obstructiva coronaria crónica, sería un marcador importante de enfermedad Arterioesclerótica, a tener en cuenta para detectar pacientes con riesgo de presentar un primer evento de EVC isquémica (10).

El estudio sobre Estilos de vida promotor de salud, nivel de información y nivel de autocuidado en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Belen de Trujillo encontró que el mayor porcentaje 65.1% de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 presentó un estilo de vida promotor de salud regular, seguido de un 34.9% con un estilo de vida



promotor de salud bueno, no se encontró pacientes con estilo de vida promotor de salud malo (34).

Así mismo el consumo elevado de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial (12). El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL (10).

La alimentación debe ser balanceada de 1800 kcal/día con alto contenido de nutrientes. El consumo insuficiente de frutas y verduras causa cerca de 2,7 millones de muertes por año y está entre los diez principales factores de riesgo que actúan como causa de mortalidad, según el informe sobre salud en el mundo. La importancia de los datos para la salud pública llevó la organización, en colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para Agricultura y Alimentación a promover en todo el mundo campañas para aumentar el consumo de frutas y verduras (24).

El consumo de cítricos, frutas, verduras verde – amarillas aportan fibra, antioxidantes, agua, vitaminas y minerales que modulan las funciones metabólicas, reducen el envejecimiento celular, regularizan el tránsito intestinal y su consumo previene de enfermedades cardiovasculares. El deterioro del balance de calcio por la disminución de su ingesta y su menor absorción intestinal, hace recomendable el consumo de un vaso de leche al día, yogurt descremado, queso, administrar 1.5 gr de calcio elemental para prevenir la osteoporosis. Consumir carnes magras (pollo sin piel, pescado), una porción mediana aporta diariamente proteínas de buena calidad, hierro, zinc y vitamina B12, entre otros nutrientes necesarios y fundamentales en esta situación. Se sugiere el consumo de pescado dos

veces por semana sus ácidos grasos influyen favorablemente en la salud vascular. Huevos, 3 ó 4 huevos sin yema por semana, aportan vitaminas del complejo B y liposolubles, minerales y lecitina, proteínas de buena calidad, la clara se puede consumir diariamente (1).

Una dieta restringida en sodio ayuda en el manejo de varias complicaciones como son: Hipertensión, afecciones cardíacas, retención de líquidos. El sodio interviene en la regulación de líquidos en el organismo; un exceso de éste provoca retención de agua, así como ganancia de peso y/o hipertensión arterial.

Generalmente el consumo de mayor cantidad de sodio que la que realmente se necesita; un adulto llega a consumir de 4 a 5 gramos de sodio, que equivale a 2 cucharaditas de sal, es recomendable consumir menos de 4 alimentos que contengan sal al día, Recordemos que el gusto por la comida salada es una conducta aprendida; por esta razón el proceso de ajuste de alimentos bajos en sal, tardará algo de tiempo.

La sal añadida a los alimentos no es la única fuente de sodio, existen por lo menos 60 diferentes aditivos o conservadores que lo contienen y que generalmente se añaden en la industrialización y preparación de productos comestibles.

Una dieta saludable trata de reducir el consumo de sal, entre 1/2 a 1 cucharadita al día, para poder lograrlo es conveniente seguir con la dieta establecida y tener de referencia todos aquellos alimentos restringidos en este plan nutricional

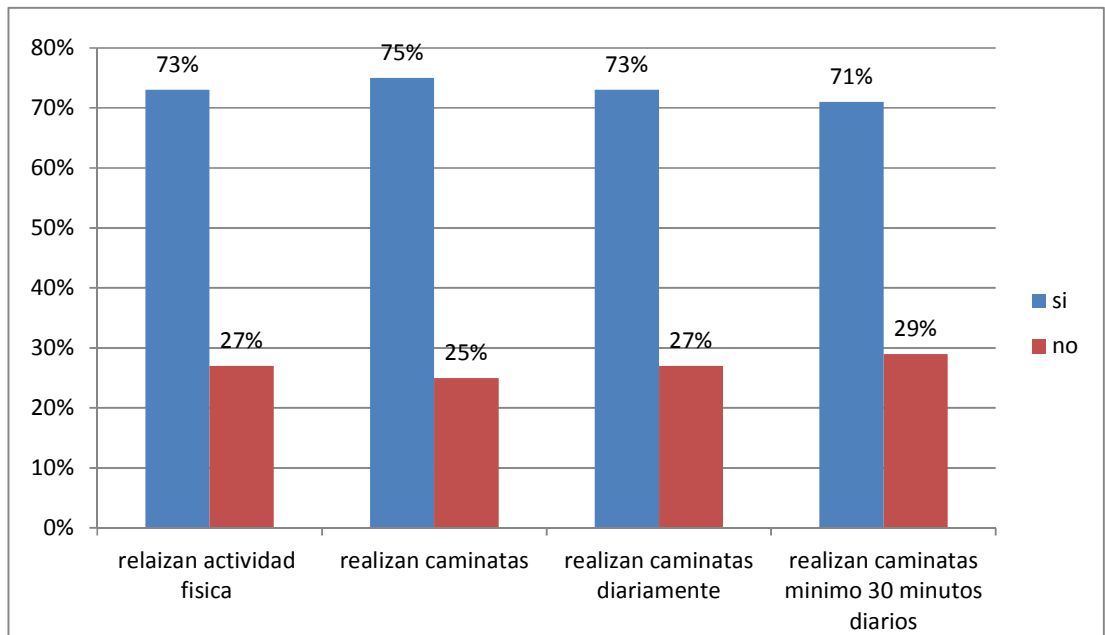
Considerando las características individuales de las personas se puede entender los estilos de vida saludables como patrones conductuales beneficiosos para la salud que son aprendidos y surgen de una elección

individual interna consciente e inconsciente, es consciente porque el individuo escoge entre una amplia gama de conductas que están disponibles en su ambiente social, e inconsciente puesto que las condiciones sociales y ambientales circundantes influyen en su elección (20).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y confrontando con la teoría podemos deducir que se debe realizar nuevas estrategias, más información en cuanto al consumo de pescado, el consumo de menos carnes rojas y el consumo de más frutas por día que son los aspectos más resaltantes que falta poner en práctica en los pacientes del programa de hipertensión arterial en cuanto al consumo adecuado de alimentos, por tanto es necesario crear estrategias que puedan contribuir a mejorar el consumo de estos alimentos de manera adecuada que puedan mejorar y mantener su salud.

**GRÁFICO 03**

**ESTILOS DE VIDA CON RESPECTO A LA ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZAN LOS 45 PACIENTES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL CARLOS ALCÁNTARA BUTTERFIELD ABRIL-JULIO 2014 LIMA-PERÚ**



Fuentes: Cuestionario Estilos de Vida 2014

El gráfico 03 muestra el estilo de vida referente a la actividad física que realizan los pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara Butterfield, donde de los 45 pacientes encuestados el 75 por ciento realizan caminatas, el 73 por ciento realizan actividad física y caminatas diariamente, y el 71 por ciento realizan caminatas mínimo 30 minutos diarios.

La actividad física como cualquier movimiento corporal realizado con los músculos esqueléticos que resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea (6).

En Culiacán Sinaloa Se realizó una investigación sobre el nivel de conocimiento del diabético sobre su autocuidado, se realizó una encuesta descriptiva a 94 usuarios con diabetes mellitus hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía del hospital general Regional N° 1, los resultados mostraron que el nivel de conocimiento del diabético sobre su autocuidado fue insuficiente en un 79% los aspectos que más conoce son el ejercicio y la alimentación, no así el cuidado de sus pies y lo relacionado al tratamiento farmacológico.

En la ciudad de México realizaron un estudio que tuvo por objetivos determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar esa capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas llegando a los siguientes resultados el 3 (33%) sujetos presentaron buena capacidad de autocuidado y el 168 (67%) capacidad regular se concluye que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentaron una capacidad de autocuidado regular, capacidad de autocuidado está vinculado a múltiples variables que merece atención de los profesionales de salud, cuando se realiza la proposición de programa de educación (35)

Los hábitos y estilos de vida saludables describen como el peso corporal, la actividad física, la buena higiene personal y un ambiente físico y limpio influyen en la salud, da énfasis a la importancia del peso corporal saludable y mantener un balance energético (15).

La OMS recomienda que se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez, los entornos adaptados a las necesidades de las personas con problemas de enfermedades crónicas degenerativas, su prevención y detección oportuna y el tratamiento mejoran

el bienestar, si se adoptan medidas ayudará grandemente al logro de los objetivos de desarrollo socioeconómico y humano (24)

Según Dugas nos dice que con respecto a la práctica en los estilos de vida tenemos que tomar en cuenta evitar el sedentarismo, el cual debe ser incluido en las medidas no farmacológicas, el entrenamiento regular baja la Presión Arterial y la reactividad de la misma, debe ser repetitiva, 3 a 4 veces por semana y con bajo nivel de intensidad, aproximadamente el 50% de la capacidad del individuo. Es posible que disminuya la variabilidad tensional (9).

Es de suma importancia ya que estás personas con hipertensión arterial si no llevan un buen control y no tiene estilos de vida saludables, aumenta el riesgo de padecer un ECV y puede llegar a la muerte (9).

Se ha considerado que la actividad física aeróbica regular puede reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular y la mortalidad total; por otra parte los individuos sanos sedentarios tienen un 20% a 50% de riesgo mayor de desarrollar HTA que la población más activa. Se recomienda en general sesiones de 30 a 45 minutos diarios de marcha rápida o por lo menos tres veces por semana. Los pacientes se sienten mejor luego de la actividad física, aparentemente sería por aumento de las endorfinas y por qué disminuye el ascenso por estrés de la aldosterona, renina, adrenalina y noradrenalina. La reducción de la mortalidad total y cardiovascular en los pacientes que hacen ejercicios vs los que no lo hacen, alcanza entre los 60% y el 65% según un seguimiento efectuado durante 25 años.

Los estilos de vida sedentarios son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Aproximadamente dos millones de muertes anuales pueden atribuirse a la inactividad física; a ello se añade que, según las conclusiones preliminares de un estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre factores de riesgo, los modos de vida sedentarios son una

de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. La inactividad física aumenta las causas de mortalidad, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes de tipo II y de obesidad. Además, aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon y de, hipertensión arterial, problemas de peso, osteoporosis, depresión y ansiedad.

Un tema fundamental es también la actividad física que influirá favorablemente en los músculos aportando mayor fuerza, resistencia y elasticidad; en los huesos aumenta la masa ósea, se fortalecen los ligamentos y cartílagos; en el corazón refuerza las paredes del corazón, aumenta su masa muscular, mejora la circulación; en la respiración mejora la actividad respiratoria; en el metabolismo: aumenta las cifras de HDL (colesterol bueno), desciende las cifras de LDL colesterol malo).

Evitar el sedentarismo, debe de iniciarse una actividad física por si no lo tiene son indicados las caminatas por lo menos 30 minutos diarios, como también los ejercicios aeróbicos asociados a ejercicios de flexibilidad y fortalecimiento muscular y relajación diaria o por lo menos tres veces a la semana; se ha observado que el ejercicio disminuye la pérdida de masa ósea.

Se informa que las personas atléticas de 55 a 75 años tienen valores de densidad ósea en radio y columna vertebral igual a las mujeres mayores de 50 años no atléticas; estudios similares sugieren la importancia del ejercicio para evitar la pérdida ósea recomendándose antes del inicio de la menopausia y andropausia.

La actividad debe combinar las caminatas, ejercicios aeróbicos con ejercicios de flexibilidad, fortalecimiento muscular y relajación de 20 a 30 minutos en sesión por tres veces a la semana incluyendo caminatas, montar bicicleta y correr (2)

Las personas que no hacen ejercicio físico asumen el doble de riesgo en comparación con las personas activas. Con la falta de movimiento el organismo está menos preparado para adaptarse a un esfuerzo repentino.

Por lo tanto, el ejercicio físico tiene muchos beneficios, como por ejemplo: Mejora y aumenta la función del corazón, retrasa el envejecimiento prematuro, disminuye la presión sanguínea, combate el exceso de peso, disminuye las grasas de la sangre. Aumenta la efectividad del colesterol protector (HDL). El ejercicio practicado regularmente, no necesariamente debe ser un deporte. Aunque es considerado el ideal, también existen ejercicios que sirven y son eficaces, como por ejemplo: salir a caminar o jardinear diariamente (2).

Existen formas y maneras de comportarse que son más favorables para la salud, frente a otras que son más desfavorables, Este deriva en el concepto de “estilos de vida”, definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona” o bien como dice Mendoza (1994) propone que el estilo de vida puede definirse como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera de general de vivir de un individuo o grupo (12); (19).

Estilo de vida como comportamientos de una persona tanto desde un punto de vista individual como de sus relaciones de grupo, que se construye en torno a una serie de patrones conductuales comunes. Así mismo se define como la forma de vivir que adopta una persona o grupo, la manera de ocupar su tiempo libre, el consumo, las costumbres alimentarias, los hábitos higiénicos (20).



Teniendo los resultados anteriormente dados y tomando en cuenta la teoría, podemos concluir diciendo que en general la mayoría de los pacientes del programa de hipertensión arterial realiza actividad física como la caminata, lo cual es beneficioso para su salud por lo expuesto anteriormente.

La Organización Mundial de la Salud define el estilo de vida de una persona como aquel compuesto por sus relaciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización, estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos o por la influencia de la escuela, medios de comunicación etc, dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y por tanto no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones (15).

Es importante resaltar el rol del personal de enfermería en cuanto a las estrategias que toma en cuenta brindando información, educación, talleres a los pacientes del programa de hipertensión arterial, los cuales favorecen en que el paciente considere la importancia de la actividad física para mantener su salud y prevenir complicaciones que la puedan deteriorar.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

Las conclusiones derivadas del presente estudio de investigación son:

1. Los 45 pacientes hipertensos del programa de hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara Butterfield, el 71 por ciento refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29 por ciento estilos de vida saludables.
2. Los estilos de vida con respecto a los hábitos alimenticios de los pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara Butterfield, el 93 por ciento consumen pollo tres veces por semana, el 80 por ciento consumen agua diariamente, el 78 por ciento consumen verduras diariamente e inter diario, 62 por ciento consumen frutas diariamente, el 60 por ciento consumen agua más de tres vasos diarios, el 51 por ciento consumen tres veces huevos por semana, el 42 por ciento consumen pescado tres veces por semana, el 27 por ciento frutas diarias, sin embargo el 93 por ciento consumen sal más en 3 alimentos al día, el 89 por ciento preparan alimentos guisados, el 73 por ciento consumen leche y sus derivados y el 73 por ciento consumen carne rojas una vez por semana, el 71 por ciento consumen harina más de tres veces por semana, las diferencias porcentuales se refieren al no consumo.
3. La actividad física que realizan los pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara Butterfield, el 75

por ciento realizan caminatas, el 73 por ciento realizan actividad física y caminatas diariamente, y el 71 por ciento realizan caminatas mínimo 30 minutos diarios.

## **5.2. LIMITACIONES**

- . Personal de salud que no brinda apoyo en dicho estudio.
- . No poder tener a todos los pacientes reunidos.
- . Pacientes con problemas de visión y auditiva.
- . Poco tiempo para aplicar las encuestas.

## **5.3. RECOMENDACIONES**

Las recomendaciones derivadas del presente estudio:

1. Presentar los resultados de la presente investigación a las autoridades del Hospital con la finalidad que permita tener elementos suficientes para argumentar políticas para la mejora de la atención.
2. Presentar los resultados de la presente investigación a las autoridades del Departamento de Enfermería con la finalidad de implementar estrategias para la mejora del cuidado de enfermería a los pacientes que son atendidos en el hospital.
3. Presentar el informe de la presente investigación a las entidades formadoras para seguir realizando investigaciones en esta línea.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Arredondo, H (2004) "Características de los Estilos de vida de los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas 2004". En tesis para optar la Licenciatura en Enfermería, UNMSM Lima-Perú, 2004. Pág. 19.
2. Alvarado Ortiz T.(1995). "Hábitos Alimentarios". Edit. La Merced. Perú.
3. Arellano Cueva R. (2000) "Los Estilos de Vida en el Perú". Edit. Consumidores y mercados S.A. Perú.
4. Beare Myers(1995)"Tratado de Enfermería Mosby" 1era Edición. Edit. MosbyDoyna S.A. España.
5. Del Águila Roberto (2013) "Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor" OPS/OMS Chile.  
<http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
6. Potter A Patricia y Perry Griffin Anne (1998) "fundamentos de Enfermería". 5ta Edición, Edit. Harcourt-Oceano. España.
7. Bravo Peña, Mery. Mayo (2005)"Guía Metodológica Del Proceso de Atención de Enfermería", 1era Edición. Perú.
8. Brunner Suddarth, Enfermería medico quirúrgica, volumen 2
9. Dugas Beberly.(2000)"Tratado de enfermería- Práctica "Cuarta Edición. Editorial Interamericana. México.
10. Gutiérrez Teresa y Colb. (2003) "Estilos de vida saludable". Editorial Alianza S. A.Madrid España.
11. Vélez, Hernán, A. William Rojas M. Jaime Borrero R. Jorge Restrepo M. "Fundamentos de Medicina- Nefrología",3era Edición, Edit. Presencia. Colombia
12. Velez, HernanA. William Rojas M. Jaime Borrero R. Jorge Restrepo. 2004.M.Fundamentos de Medicina- Cardiología, sexta edición, Editor Mario Montoya Toro.
13. Meza Padilla, Rita. 2007. "Manual De Alimentación Saludable".

14. La Nursing's Agenda for Health Care Reform de la American Nurses Association (ANA) (1991) recomienda una reestructuración del sistema sanitario centrado en el bienestar y el cuidado más que en la enfermedad y curación.
15. OMS, (2008). Estilos de vida: actividad física del adulto disponible 15 de mayo 2016 [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations)
16. OMS, (2015). "Estilos de vida saludable de las poblaciones" disponible 15 de mayo 2016.  
[Nhttp://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/15032013\\_updated\\_revised\\_draft\\_action\\_plan\\_spanish.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf)
17. Potter, Patricia A; Griffin Perry, Anne. 2002. "Fundamentos de Enfermería ". Quinta Edición. Editorial Harcourt/ Océano. España.
18. Sumarriva, Liliana, Lauro Javier (2001) "Manual de Terapias".
19. Lis Tojo Pavon, "Necesidades Nutricionales en Hipertensos" Edit Solar, España, 1999 Pág. 12 – 22.
20. Gutiérrez B., ML. Participación social para el desarrollo de la salud: un compromiso para la enfermería. In: Organización Panamericana de la Salud.
21. La Enfermería en las Américas/Nursing in the Americas/Enfermagem nas Américas. Washington: OPS, 1999.
22. Pendersen Duncan (1992) "Estilos de vida y salud en centro Latinoamericano de Desarrollo Humano". Montevideo, 1992 pág 6-7.
23. Carpio, Y. (2006) Estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal – tesis noviembre 2006.
24. OPS. (2008) La Promoción de la Salud y la Nueva Práctica de la Salud Pública. Lima.
25. OPS. (2008) La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. N° 1 Serie de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de la Salud. ISSN 978- 92-75 33262.

26. OPS., (2012). 5ta Conferencia Latinoamericana y 4ta Conferencias Interamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud [Nhttp://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&id=473:ops-presencia-exito-eventos-promocion-salud&Itemid=499](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=473:ops-presencia-exito-eventos-promocion-salud&Itemid=499) disponible agosto 2014.
27. MINSA., (2002). Lineamientos de Política del sector Salud Perú.
28. MINSA., (2006). Documento Técnico: Lineamiento para la atención Integral de salud de las personas adultas mayores disponible en: [www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientospdf](http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientospdf).
29. Baca y Col (2008) en Culiacán Sinaloa investigación sobre el nivel de conocimiento del diabético sobre su autocuidado.
30. MINSA. (2010). Modelo de abordaje para la Promoción de la Salud
31. [www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientospdf](http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientospdf). Disponible 10/03/13.
32. INEI. (2012). Situación de la niñez y del adulto mayor julio a setiembre 2012 Informe Técnico N° 04 Diciembre.
33. <http://www.inei.gob.pe/web/biblioteca/inei/BoletinFlotante.asp?life=8855.pdf> acceso: 22/03/15.
34. Malca y Quilcate (2010) en su estudio sobre Estilos de vida promotor de salud, nivel de información y nivel de autocuidado en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Belén de Trujillo.
35. Baquedano y Col (2010) en México realizaron un estudio que tuvo por objetivos determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2.
36. Karen Ayala Lizano y Kelya Condezo Martel (2007) de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en su tesis "Impacto del seguimiento farmacológico en la calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial"

**ANEXOS**

## INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A. Operacionalización de la Variable	I
B. Matriz de Consistencia	II
C. Instrumento	VI
D. Juicio de Expertos	X
E. Datos Generales con respecto al sexo	XIII
F. Datos generales con respecto a la edad	XIV



## ANEXO A

### OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Definición Conceptual de la Variable	Dimensiones	Indicadores	Valor Final	Definición de términos	Definición operacional de
Estilos de vida de los pacientes del programa de hipertensión arterial.	Estilos de vida se define como el conjunto de actividades, actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal. Estos estilos de vida se pueden modificar según influyen en la salud de la persona actuando como factores de protección o de riesgo para la salud; consiste en permitir y fomentar que los individuos cambien su estilo de vida en beneficio de sus salud.  Para mantener un estado de salud favorable, se les recomienda a los pacientes hipertensos una alimentación adecuada. Otro de los estilos de vida modificable y saludable es la actividad física que debe realizar toda persona para mantener su salud.	ALIMENTACION	-CONSUMO DE FRUTAS. -CONSUMO DE VERDURAS -CONSUMO DE PESCADO. -CONSUMO DE AGUA. -CONSUMO DE POLLO. -CONSUMO DE SAL.	Estilos de Vida saludables	Estilos de vida es el conjunto de actividades y comportamientos que refieren adoptan y desarrollan los pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital Alcántara Butterfield , en relación a la alimentación y actividad física, se medirá a través de un cuestionario, estos influyen en su salud de manera saludable y no saludable según sus patrones de comportamiento habitual, actuando como factores de protección o de riesgo para su salud.	
			-DEPORTE: CAMINATA TROTE AEROBICOS BICICLETA NATAcion BAILE			

## ANEXO B

### MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO

VARIABLE: Estilos de vida de los pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara B.

INDICADORES	CUESTIONARIO
ALIMENTOS: CONSUMO DE FRUTAS - Cantidad - Frecuencia	1.- CONSUME FRUTAS? SI (   )                      NO (   ) -¿Cuántas frutas consume al día? - ¿Con que frecuencia consume frutas?
CONSUMO DE VERDURAS - Frecuencia	2.- CONSUME VERDURAS? SI (   )                      NO (   ) -¿Con que frecuencia las consume?
CONSUMO DE PESCADO - Frecuencia	3.- CONSUME PESCADO? SI (   )                      NO (   ) ¿Con que frecuencia lo consume?

<p>CONSUMO DE POLLO</p> <p>-Frecuencia</p>	<p>CONSUME UD. POLLO?</p> <p>SI ( ) NO ( )</p> <p>¿Con que frecuencia lo consume?</p>
<p>CONSUMO DE SAL</p> <p>-Frecuencia</p> <p>- Cantidad</p>	<p>4.-Cuantos alimentos salados consume? a?</p> <p>Es necesario agregarle sal a los alimentos que consume?</p>
<p>-CONSUMO DE CARNES ROJAS</p> <p>-Frecuencia</p>	<p>5.- CONSUME UD. CARNES ROJAS?</p> <p>SI ( ) NO ( )</p> <p>¿Cada qué tiempo las consume?</p>
<p>CONSUMO DE HARINAS</p> <p>Frecuencia</p>	<p>6.-Con que frecuencia consume Ud. Harinas?</p>
<p>CONSUMO DE MENESTRAS</p>	<p>7.-Con que frecuencia consume menestras?</p>
<p>CONSUMO DE FRITURAS</p> <p>-Frecuencia</p>	<p>8.- COME USTED FRITURAS?</p> <p>SI ( ) NO ( )</p> <p>¿Cada qué tiempo consume frituras?</p>

<p>CONSUMO DE AGUA Cantidad</p> <p>LECHE Y DERIVADOS</p> <p>ACTIVIDAD FISICA:</p> <p>-Tipo de actividad física</p> <p>CAMINATA -Tiempo -Frecuencia</p> <p>TROTE -Tiempo</p>	<p>9.-Cuantos vasos con agua consume al día?</p> <p>10 ¿Con que frecuencia consume la leche y sus derivados?</p> <p>11.- Realiza Ud. alguna actividad física?</p> <p>SI ( ) NO ( )</p> <p>¿Qué tipo de actividad física realiza?</p> <p>-Caminata -Trote -Yoga -Aérobicos -Bicicleta -Natación</p> <p>12.- REALIZA UD CAMINATA ¿</p> <p>SI ( ) NO ( )</p> <p>Con que frecuencia lo realiza?</p> <p>Cuanto tiempo toma en realizar la caminata?</p> <p>13.- Realiza Ud. Trote?</p>
---	---

-Frecuencia	SI ( )	NO ( )
	Con que frecuencia lo realiza?	
	Cuanto tiempo toma en realizar el trote?	
AEROBICOS		
-Tiempo		
-Frecuencia	SI ( )	NO ( )
	¿Con que frecuencia lo realiza?	
	Cuanto tiempo emplea en realizarlos aeróbicos?	
BICICLETA		
-Tiempo		
-Frecuencia	SI ( )	NO ( )
	15.-HACE USTED USO DE BICICLETA?	
	Qué tiempo hace uso de bicicleta?	
	¿Con que frecuencia lo realiza?	
NATACION		
-Tiempo		
-Frecuencia	SI ( )	NO ( )
	16.-PRACTICA USTED NATACIÓN?	
	¿Qué tiempo toma en practicar natación?	
	¿Con que frecuencia lo practica?	

## ANEXO C

### INSTRUMENTO

#### CUESTIONARIO

##### INTRODUCCION

Buenos días/ tardes, estimado Paciente: Le invito a participar de una encuesta confidencial, el presente cuestionario tiene como objetivo conocer los estilos de vida en cuanto a su alimentación y actividad física de los pacientes del programa de hipertensión arterial, de esta manera poder mejorar la educación que deben recibir los pacientes. Se agradece su participación.

##### INSTRUCCIONES

A continuación encontrara una serie de enunciados, por favor responda marcando con un ASPA (X) según sea su respuesta o llene en el espacio en blanco lo que se le solicita.

##### I.-Datos Generales:

**Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )  
**Edad:** ----- (años)

##### II.-Datos Específicos.

1.-Marque Ud. Los alimentos que generalmente consume en su hogar.

a).FRUTAS ( ) b).PESCADO ( ) c). POLLO ( ) d).CARNES ROJAS ( )  
e).AGUA ( ) f).HARINAS ( )  
g).MENESTRAS ( ) h).LECHE Y DERIVADOS (quesos, mantequilla, yogurt) ( )

OTROS ( ESPECIFIQUE)

.....  
.....

2.- De los alimentos que consume diga Ud. con qué frecuencia los consume?

ALIMENTOS	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS					
	DIARIO	INTERDIARIO	3 VECES POR SEMANA	QUINCENAL	MENSUAL	OTROS ESPECIFIQUE
FRUTAS						
VERDURAS						
PESCADO						
POLLO						
CARNES ROJAS						
HUEVO						
AGUA						
HARINAS						
MENESTRAS						
LECHE Y DERIVADOS						

3.-Si su respuesta es diariamente, diga Ud. Cuantas porciones de frutas consume al día?

- a) 1 fruta ( ) b) 2 frutas ( ) c) 3 frutas ( ) d) más de 3 frutas.  
( )

4.- Cuantos vasos con agua bebe diariamente?

- a) 1 vaso ( ) b). 2 vasos ( ) c).-3 vasos ( ) d). otros  
(Especifique).....

5.- Generalmente la preparación de los alimentos que consume son:

- a) Fritos ( ) b) Guisos ( ) c) A la plancha ( ) d) otr  
(Especifique).....

6.- ¿Cuántos alimentos que contienen sal consume al día?

- a). Un alimento ( )                      c). Tres alimentos ( )  
b) Dos alimentos ( )                    d).                    otros                    (  
Especifique).....

7.- De los alimentos que Ud. consume y contienen sal, luego de probar cree que es necesario agregarle sal para poder consumirla?

SI ( ) NO ( )

Porqué:.....

II. Respecto a la actividad física que realiza: Marque con un aspa la alternativa que considere conveniente.

1.- Realiza Ud. Actividad física?

- a) SI ( )                      b) NO ( )

2.- Señale Ud. Las actividades físicas que realiza.

-CAMINATAS ( ) - BAILE ( ) -TROTES ( ) -  
TAICHI ( ) AEROBICOS ( ) -NATAACION  
( ) -BICICLETA ( ) OTROS (Especifique)  
.....

3.- Señale Ud. Con que frecuencia realiza la actividad física

ACTIVIDAD FISICA	FRECUENCIA				
	DIARIO	INTE RDIA RIO	SEMAN AL	QUINCEN AL	OTROS ESPECIFIQU E
TROTE					
AEROBICOS					
BICICLETA					
BAILE					
TAICHI					
NATACION					
CAMINATA					



4.- Cuanto tiempo en general emplea para en realizar estas actividades físicas?

a) 15 Minutos ( ) c). 1 Hora ( )

a) 30 Minutos ( ) d) Otros  
(Especifique).....

GRACIAS.

Lic. Marisol Cáceres Plasencia

## ANEXO D

### TABLA DE CONCORDANCIA

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

JUEZ DE EXPERTO = 8

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Si P es menor a 0.05 la concordancia es significativa

Respecto a la validez del instrumento, presentamos los resultados de la prueba binomial valorada por 8 juez de expertos conformados por 7 enfermeras, 3 de ellas de la especialidad de cardiología y un médico Intensivista, al haber concordancia en lo evaluado se puede decir que el instrumento es válido.

## CRONOGRAMA DE GANTT

FECHAS	FEBRERO	MARZO	
ACTIVIDADES			
Aprobación del proyecto de investigación	06 de Enero 2014		
Enviar solicitud al director de policlínico Carlos Alcántara B.	20 de Febrero 2014		
Entrevista y recolección de datos		02 de Abril a 15 Julio 2014	

## **PRESUPUESTO**

RECURSO MATERIAL	COSTO
- COPIAS	50 SOLES
- PAPEL PARA IMPRIMIR	20 SOLES
- IMPRESIÓN	40 SOLES
- TRANSPORTE	30 SOLES
- FOLDER MANILA	2 SOLES
- SOBRES MANILA	2 SOLES
TOTAL	<hr/> 144 SOLES

## **RECURSOS HUMANOS**

- ASESOR ESTADISTICO -----
- JUEZ DE EXPERTO -----

## **ANEXO E**

**DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA  
DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL CARLOS  
ALCÁNTARA BUTTERFIELD  
ABRIL-JULIO 2014  
LIMA-PERÚ**

<b>SEXO</b>	<b>PACIENTES</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>MASCULINO</b>	<b>16</b>	<b>36</b>
<b>FEMENINO</b>	<b>29</b>	<b>64</b>
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuesta elaborada en los pacientes del programa de Hipertensión Arterial.

## **ANEXO F**

**DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES DEL PROGRAM  
DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL CARLOS  
ALCÁNTARA BUTTERFIELD  
ABRIL- JULIO 2014  
LIMA-PERÚ**

<b>EDAD</b>	<b>PACIENTES</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
30-45	13	29
46-60	32	71
TOTAL	45	100

**FUENTE:** Encuesta elaborada en los pacientes del programa de Hipertensión Arterial.